



## Programa de atención médica del World Trade Center (WTC) Solicitud de elegibilidad para el personal de respuesta del Departamento de Bomberos de Nueva York

Un miembro del personal de respuesta del Departamento de Bomberos de Nueva York (FDNY) bajo el Programa de salud del World Trade Center (WTC), es todo miembro del FDNY (se trate de personal de bomberos o de emergencia, activo o jubilado) que haya participado por lo menos un día en las tareas de rescate y recuperación en cualquiera de los sitios del antiguo WTC.

Si cree que reúne los requisitos para inscribirse en el Programa de atención médica del WTC, sírvase proporcionar la siguiente información para comenzar el proceso de elegibilidad:

Fecha de hoy \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

Dirección postal \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa # (\_\_\_\_) - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Teléfono del trabajo # (\_\_\_\_) - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Teléfono celular # (\_\_\_\_) - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Sexo  Masculino  Femenino

Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_

Número de identificación de documento oficial (elijá uno)

*El suministro del número de su documento de identificación oficial es opcional y a usted no se le negará la inscripción al programa si no lo proporciona. Sin embargo, no proporcionarlo puede retrasar o evitar la gestión de su solicitud.*

\_\_\_\_\_  
Licencia de conducir

\_\_\_\_\_  
Últimos 4 números de su Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Pasaporte

\_\_\_\_\_  
Otro (¿qué tipo?)

Se calcula que la carga pública reportada para recopilar esta información es un promedio de 30 minutos por respuesta, e incluye el tiempo invertido en revisar las instrucciones, buscar las fuentes de información existentes, recopilar y mantener los datos necesarios, y concluir y revisar el proceso de recolección de la información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar recopilación de información, y no se le pedirá a ninguna persona que responda las preguntas en los formularios de solicitud de información, a menos que estos tengan un número de control OMB válido y vigente. Envíe sus comentarios acerca de este estimado de tiempo o sobre cualquier otro aspecto de esta recolección de información y sus sugerencias para reducir el tiempo dedicado a la dirección CDC/ATSDR Information Collection Review Office, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-0572).

**Por favor, responda las siguientes preguntas sobre sus actividades en el área de desastre del World Trade Center. Si desea que le ayuden a llenar esta solicitud o tiene preguntas, puede llamar gratis al 1-888-982-4748.**

**Marque todas las casillas que correspondan a su caso.**

Soy o fui miembro del Departamento de Bomberos de la Ciudad de Nueva York (se trate de personal de bomberos o de emergencia, activo o jubilado) que participó en las actividades de rescate y recuperación en cualquiera de los sitios del antiguo WTC (como la Zona Cero o "Ground Zero", el vertedero de basura Staten Island y la Oficina del médico forense en jefe de la ciudad de Nueva York ).

Soy familiar directo que sobrevive a una persona que era (1) miembro del Departamento de Bomberos de la Ciudad de Nueva York (se trate de personal de bomberos o de emergencia, activo o jubilado) y que murió en el WTC el 11 de septiembre del 2001; o (2) que recibió tratamiento por un problema de salud vinculado al WTC (relacionado con las condiciones de salud mental) hasta el 1.º de septiembre del 2008.

Nada de lo anterior, pero creo que reúno los requisitos por el siguiente motivo:

---



---



---

1. Si usted trabajó o realizó tareas como voluntario, anote el número de horas que trabajó durante cada día del mes de septiembre del 2001.

<b>Domingo</b>	<b>Lunes</b>	<b>Martes</b>	<b>Miércoles</b>	<b>Jueves</b>	<b>Viernes</b>	<b>Sábado</b>
		<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>
<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>22</b>
<b>23</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>28</b>	<b>29</b>
<b>30</b>						

2. Indique cuántas horas a la semana trabajó o sirvió como voluntario durante:

La semana que terminó el 6 de octubre (primera semana de octubre).

La semana que terminó el 13 de octubre (segunda semana de octubre).

La semana que terminó el 20 de octubre (tercera semana de octubre).

La semana que terminó el 27 de octubre (última semana de octubre).

La semana que terminó el 3 de noviembre.

La semana que terminó el 10 de noviembre (primera semana completa de noviembre).

La semana que terminó el 17 de noviembre (segunda semana completa de noviembre).

La semana que terminó el 24 de noviembre (tercera semana completa de noviembre).

La semana que terminó el 30 de noviembre (última semana de noviembre).

La semana que terminó el 7 de diciembre (primera semana completa de diciembre).

La semana que terminó el 14 de diciembre (segunda semana de diciembre).

La semana que terminó el 21 de diciembre (tercera semana de diciembre).

¿La semana que terminó el 28 de diciembre (última semana de diciembre)?


3. ¿Cuántos días hábiles trabajó o sirvió como voluntario en los meses siguientes?

Enero de 2002

Febrero de 2002

Marzo de 2002

Abril de 2002

Mayo de 2002

Junio de 2002

Julio de 2002


### Documentación requerida

**Los solicitantes del Programa de atención médica del WTC también deben proporcionar documentados que demuestren empleo y actividades laborales durante dichas fechas y horarios y en los lugares especificados en las preguntas anteriores. Los documentos a presentar pueden ser pero no se limitan a recibos de pago; lista oficial de personal; una declaración escrita, que debe ser legítima so pena de sanciones para el empleador; acreditaciones del lugar o documentos similares.**

**Si usted no puede proporcionar los documentos requeridos, deberá explicar la manera en que intentó obtenerlos y el motivo por el cual no pudo suministrarlos con su solicitud.**

---

---

---

---

---

**Por este medio, solicito inscribirme al Programa de atención médica del WTC y doy permiso para que mi información personal sea utilizada por las agencias del gobierno federal y las empresas contratistas correspondientes del gobierno federal, para que determinen si reúno los requisitos para el Programa de atención médica del WTC y para que determinen si los pagos que realiza dicho programa son o fueron adecuados y en las cantidades correctas.**

**Con mi firma, doy fe de que he contestado las preguntas con toda honestidad y entiendo que: Toda persona que a sabiendas rinda una declaración falsa, que tergiversar información, ocultar datos o cometa cualquier otra acción fraudulenta para obtener su inscripción en el Programa de atención médica del WTC al que no tenga derecho, será objeto de sanciones civiles o administrativas así como de cargos penales y, bajo las cláusulas penales correspondientes, podrá ser castigada con multas, prisión o ambas.**

---

**FIRMA**

---

**FECHA**

**Envíe este formulario por fax al 1-877-646-5308 o por correo a:**

**World Trade Center Health Program  
PO Box 7000  
Rensselaer, NY 12144**

**Declaración sobre la Ley de Privacidad**

En cumplimiento con la Ley de Privacidad de 1974, bajo enmienda (5 U.S.C. 552a), se le notifica por el presente que el Programa de atención médica del WTC es administrado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS), el cual recibe y mantiene información personal de los solicitantes como se estipula en 42 U.S.C. §§300mm-300-61. La información recibida se utilizará para determinar elegibilidad y acreditación para el Programa de atención médica del WTC así como para las subsiguientes evaluaciones médicas iniciales, monitorización y tratamiento u otros beneficios otorgados por el Programa de atención médica del WTC.

La información proporcionada puede ser dada a conocer a: (1) el Departamento de Justicia y sus contratistas, para apoyar las actividades de detección de terrorismo en cumplimiento con la obligación legal de NIOSH de determinar si una persona está en la "lista de observación por terrorismo", según lo especifican las secciones 3311 y 3321 de la Ley de Zadroga y determinar si reúne los requisitos y está calificada para ser inscrita o certificada en el Programa de atención médica del WTC como lo especifica el estatuto; (2) contratistas de la agencia cuyos servicios hayan sido contratados por la agencia para asistir en el cumplimiento de sus funciones relacionadas con el Programa de atención médica del WTC y que necesiten acceso a los registros para cumplir con los términos de su contrato; (3) entidades pertinentes, con el propósito de reducir o resarcir pagos del Programa de atención médica del WTC realizados a personas bajo una ley o plan de compensación laboral de los Estados Unidos, de un estado o de una localidad, o bajo cualquier otro plan de beneficios por lesiones o enfermedades ocupacionales del empleador de tal trabajador o bajo un plan de seguro médico público o privado como lo requiere el Título XXXIII de la Ley de Servicio de Salud Pública; y (4) el Departamento de Justicia, por litigios relacionados con el Título XXXIII.